

3. ヒアリング記録並びに提供資料

3.1 斎藤義彦氏（毎日新聞記者）

<はじめに：ドイツ介護保険は「親子」の「子」>

斎藤：今日は介護保険制度だけでドイツの介護保障制度はやっていないというところを中心に話をしたい。

ドイツの介護保険制度には年齢区分は無い。子供も含めた障害者も対象になっている。障害者への介護保障は、元々、自治体（郡や大規模都市）によるもので、日本の生活保護の他人介護加算のような形で、介護保険が入る前から公費で24時間の自立生活をしていた人もいた。そのごく一部を、1995年導入の介護保険制度に置き換えたというのが歴史的な背景だ。元々、「親」（公費）の制度があって、「子ども」の介護保険が入ってきた。公費と介護保険制度の二本立てとも言えるが、むしろ、途中で介護保険が入ってきたので、親子、ペアでやっているという仕組みだ。

日本では、高齢者向けの介護保険を導入（2000年）したときに、「社会保険と公費のシステムというのは理論的に両立しない」とか、「そういうことは社会福祉の常識ではあり得ない」とか言っている人もいた。現在でも言っている学者もいる。しかし、全くそれは嘘で、本当によく恥ずかしげもなく言っている、というのが感想だ。しかもそうした説が、悪用というのか、よく知らないのか、わざとやっているのかちょっと分からないが、「介護保障は介護保険だけです」と、その中だけでやってもらいますというシステムにしようとして、老人の場合は措置を全面的に介護保険に変えてしまった。

<社会扶助で賄う介護の範囲>

斎藤：当然の話だが介護保険だけでは、とてもじゃないけど、人間全体の生活を賄いようがない。人間の生活として広く大きい部分があって、その中で介護保険というのはごく一部をやっている。身体介護とか食事とか日常動作とか家事の介護を手助けするという部分しかやっていない。じゃあそのほかはどうするのかというと、ドイツでは元々あった（公費による）社会扶助がそれをやりましょうということになっている。

ドイツの介護保障制度の特徴として6点挙げる。まず、身体介護で足りない部分、日本でも「上乘せ」と言っている部分は社会扶助が負担する。社会福祉事業でやる。

第2に、介護等級がゼロ、つまり介護保険に申請しても拒否された人でも、独自にもともとあった社会扶助の判断基準があって、それで必要だと認められればサービスを出す。

3点目は、介護保険の対象となっていないサービス、特に移動、長距離の移動なんかはそれに当たるが、いわゆる「横出し」と言われているものも社会扶助は負担する。

3点目までは身体介護の補完みたいなことですが、それだけではない。

4点目として、インテグレーションというところにお金を使いましょうということ

を、社会扶助の法律にもちゃんと書いてある。つまり、通学とか就労とかコミュニケーションとか、それは本当に個々人のニーズに合わせて出しましょうということが決まっている。

5 点目は、介護保険に全然入っていない、保険料を一切払っていないという人も対象としている点。ドイツは社会保険に加入していない人たちがいる。その人たちも（介護保障が必要になれば）対象にしましょうということだ。

6 点目は、自立生活運動でやっているような人たちが、公費を取ってきて自分で介護者を雇って生活を成り立たせるというモデルも認めている。それはまず介護保険制度の認定を受けて、それを補う形で社会扶助の費用を受け、それを原資に自分で雇用するという形態だ。

<社会扶助>

斎藤：社会扶助には主に4つの種類がある。第1に、生活保護本来の機能である生計のための扶助。これは、何らかの理由で貧困に陥った場合の生計費を扶助するものだ。第2に、高齢になった場合や、収入の減少を補う。第3に、介護への援助、そして第4に、障害者のための社会統合への援助だ。

社会扶助は日本でいえば生活保護なので、どうしてもミーンズテスト（資力調査）がある。理論的にはある程度の財産を残して全部出さなきゃいけないという話ではある。しかし、介護への扶助は、生計への扶助と異なり、この資力調査が非常に緩く設定されている。例えば、1,000ユーロ（約11万円）程度までの月収があっても、それは介護費用には出さなくても良い。預金などで、2,600ユーロ（約30万円）程度は出さなくても良い。

実際の経験では、親子2人で何部屋もあるようなマンションに住み、テレビ、オーディオをはじめとした電化製品はそろっている、という社会扶助の受給家庭を見たことがある。ごく普通の最低限の生活ができるぐらいのものは別に持っていて構わない。

扶養家族の義務も軽く、2006年の連邦最高裁の判決では、介護ホームに入所していた母親の入所費用について、息子が新車や不動産の購入資金として貯めていた11万ユーロ（約1,200万円）を抛出しなくていいと認めた。

このように、日本の生活保護と比べると、割と厳しくない。ただ、ミーンズテストはあって、財産は捉えましょうということになっている。

<介護保険と社会扶助の規模>

斎藤：財政規模から見ても二本立てに近い。介護保険制度からの給付額は2007年で174億ユーロ、つまり2兆円ちょっとぐらい。「障害者のための社会統合の援助」と、老人も障害者も含めた「介護のための援助」を合計すると、2007年で151億ユーロ（1兆7,500億円）と、匹敵するぐらいの財政規模になる。

本当は、こういうミーンズテストがある社会扶助のような制度ではおかしいので、もっと社会保険でやっていきましょうという建前で介護保険が導入されたが、後でも

述べるように、給付額が余りにも低いので、結局社会扶助への依存から脱し切れていない。2008 年発表で、施設入所者の 25%、在宅で 5%の人が社会扶助に依存している。もっと実態は多いと思う。純粋な受給者数で見ると、介護保険が 216 万人（2008 年）。2007 年で障害者の援助を受けている人が 67 万人。介護のための援助を受けている人が 35 万人。200 万人と 100 万人ぐらいということからみても、「二本立て」になっていると思う。

最初に言ったように、介護という意味では、介護保険と社会扶助はワンセットになっているのに、なんでみんな介護保険のことだけ言うのか、不思議だ。とはいえ、介護保険の要介護認定をまず受けて、それから足りない分は社会扶助から出すようにという前提になっているので、優先順位が介護保険の方が強い。だから介護保険の方が優位にあるように思ってしまうのかも知れない。

ただ、最初に挙げたように拒否されている人とか、介護保険にそもそも入っていない人も社会扶助の方でもらえてしまう。介護保障制度の全体を見ずに、「二本立て」「親子」の片方だけの介護保険制度だけを取り上げる日本の理解全体が変だ。

＜介護サービスの負担＞

斎藤：ドイツの介護サービスは全部自己負担するというのが原則だ。（写真を見ながら）これは普通の老人ホームで、障害者も入っているが、2 人部屋で月の介護費用が 2,400 ユーロ（約 27 万 8,000 円）以上ある。介護保険の給付は 2008 年現在で 1,023～1,470 ユーロ（11 万 8,000 円～17 万円）なので、介護保険だけでは、入所費用全体のうち、半分弱しか賄えない。平均的な老齢年金は、1,000 ユーロぐらいしかないもので、結局 300 ユーロぐらい、つまり 3 万 5,000 円ぐらいは不足してしまう。自分に貯金があってそれを使って払ったり、あるいは親族に払ってもらおうという人もいるが、どうしても払いきれない人もいる。日本のように扶養義務者が払わなければいけないという義務ももちろんあるが、そんなに強くは求められない。そうすると、社会扶助がこの部分を補っていくということになる。

女性の場合はずっと大変で、年金額が男性の半分ぐらいしかないので、不足分も倍ぐらいになっていく。特別な精神障害や認知症系の介護ホームにいて、さらに個室で、年金額の低い女性の場合だと、介護費用の半分も払えないという状況だ。

介護保険がよくて 8 割、悪くて 3 割ぐらいのカバーしかしないので、向こうの業者の人たちも介護保険というのは、「部分保険ですよ、完全保険ではありませんよ」と言う。政府によると、介護保険プラス年金プラス自己負担で何とか賄えるように設計してあるという。でも、現実には、足りないもので、社会扶助を受給している。結局いったい何のために介護保険を導入したか分からないという話になってしまっている。

たとえばドイツ南部のミュンヘンで 90 歳の 1 人暮らしの女性がいた。認知症で全然動けない。言葉も分からないという感じだ。1 日 5 回の身体介護だけの訪問介護で、食べて、排泄して、着替えてというところまではできる。総費用が 2,350 ユーロぐらい。介護保険はその半分強ぐらいをカバーして、後は社会扶助が払う。社会扶助が 4 割余りを負担していた。女性に介護できる親族や、費用を払える親族がいないという

ことで、行政側もこれを認めて出していた。成年後見人がコーディネートしている。成年後見人とも話をしたが、「彼女には自宅で死にたいという意志が元々あるから、それを尊重していく」という話であった。彼女の場合、ほとんど年金が出ておらず、介護保険が払えない残額のほぼ全額を社会扶助で払っている。

もっと若い自立生活をしている身体障害者で、彼女の例よりもっと高い4,000ユーロ程度の介助を社会扶助で賄っている人もいるようだ。

<介護保険の要介護認定>

斎藤：介護保険の仕組みを説明すると、申請して要介護認定があって、要介護度1～3に分かれる。却下がだいたい3割くらいある。要介護認定は1が6割、2が3割、3が1割程度。この割合は介護保険導入以降、だいたい同じように推移している。

先ほど、老人ホームのホテルコスト自己負担というのが日本でも導入されたが、それはドイツのものをつまみ食いして持ってきた。

介護保険というのは最初黒字だったけれど赤字になってきて、2004年まで赤字が続いた。2005年に一回復活したが、それは子どものいない人の保険料を無理矢理上げたことによる。収入はちょっと上がったのだが、根本的な解決にならなかった。2008年になって介護保険料の引き上げを実施して、0.25%上げた。給付は2012年までに最大2割、最小5%ぐらひは上げる。入所施設の方は余り上げないが、在宅を少し加算していこうという話になっている。ただ、これは一時、好景気になったので失業保険料を下げてそれとバスターして行っているということで、英断と言うほどではない。

<ディスカッション：介護保険と社会扶助>

DPI日本会議：ドイツがエイジフリーで介護保険を行っているのを受けて、日本でもユニバーサル・普遍主義というならばドイツみたいなエイジフリーにするべきではないかという議論がある。その際に必ず介護保険の部分しか議論に出てこない。

去年、私たちはイギリスやスウェーデン、カナダ、アメリカに関するヒアリングをそれぞれ国内の学識経験者を対象に行ったが、そのときにどうしても「ドイツはどうか」ということが出てくる。ドイツについては斎藤さんに2000年にDPI日本会議総会にいらしていただいて講演をいただいているが、今回、国立社会保障・人口問題研究所から委託研究の機会をいただき、改めて最新のお話を伺うことにした。

先ほどの話ではそもそも二本立てではなくてむしろ親と子というか、親としてまず社会扶助が基盤としてあって、あくまでその一部を介護保険でということであった。つまり、介護保険ですべての介護や障害者の社会参加サービスを賄うとかいう制度設計をそもそもしていない。むしろ部分保険なのだから、介護保険との統合とか、それによって障害者施策が吸収されるのはあってはならないことになる。障害者施策は施策としてあった上で、部分保険として介護保険も併せて使えるのであれば、使えばどうですか、という話以上でも以下でもない、というのが本来の姿ということになる。

介護保険と社会扶助の財政規模がほとんど同額ということだが、日本に置き換え

ば、介護保険相当額が6兆円ぐらい。それに対して障害者自立支援法相当だと1兆円ぐらい。ドイツの場合、2兆8,600億に対して、社会扶助の障害者統合援助だけでも1兆9,900億だから、やはり障害者予算の比率が違うんだと改めて思う。

ところで、ここでは社会統合援助の方が介護援助よりも比率が高いというのは、介護の方は介護保険を使うからということか。

斎藤：社会扶助の「介護のための援助」というのは、上乘せとか横出しとか、身体介護に傾斜したものだと思う。本当は向こうの政府の区分けとしては、介護保険と同質の費用としては、社会扶助の「介護のための援助」を取り上げている。だが、今日は障害者向けの話なので、社会統合援助も並べて示した。

介護のカテゴリーの考え方が向こうでも割れている。介護の考え方が中途半端なので、どこまでを介護と言って、どこまでを介護と言わないか、難しいところがあって、この数字を誰かにみせて、「同じぐらいでしょ」と言っても、「いや違うよ、政府はこの介護援助だけを取り上げているよ」と言われるかもしれない。でも、障害者側から見ると、「そんなことあるか。われわれは社会統合を目指しているのだから、この費用を無視して議論をするな」と言わなければならない。

DPI 日本会議：日本で言えば社会参加に当たる部分が、社会統合扶助に相当して、それ以外の介護保険で足りない身体介護や非該当・未加入の部分がこの介護のための援助という区分けになるのか？

斎藤：そうだ。

DPI 日本会議：そう考えると社会統合扶助がすごい額だ。日本で言う通所授産、訓練等給付が入っているのか？

斎藤：社会扶助法によると、通学援助、就労に向けた研修の援助、作業所への援助などが入っている。作業所への援助が社会統合援助の支出の3分の1程度を占めている。ほかに、療育の費用などが目立つ。

DPI 日本会議：日本では介護保険がすべてを賄う全体保険であるかのように論じられている。それ以外の、たとえば鷹巣町が上乘せ横出しをしていたのを「あれは介護保険のあるべき姿ではないんだ」と批判していた学者もいた。取材の実感でいいが、それについてはどう感じるか。

斎藤：もともと社会保険はドイツから持ち込んだ制度である。ドイツは二本立てでやっているのに、それがおかしいとなぜ言えるのか不思議。

DPI 日本会議：介護保険でちゃんとできるようにしているのに、なぜ上乘せ横出しをするのかということもそうした学者は書いている。そういう論調からすると、介護保

険に入っているのに、なおかつそれ以外のサービスを使うなんて、ということになる。ドイツでは元々介護サービスを受けていた人が介護保険に入って使えなくなったサービスがあるとかサービスが低下して困ったとか、そういう人はいるか？

斎藤：使いにくくなった、というか、介護保険は費用の上限が決められているので、そこからまた別の役所に行って社会扶助の交渉をしなくては行けないというところで、出し渋りがあると障害者の人は言っていた。「介護保険があつてそれで十分じゃないか」とまでは言わないが、なぜここに来るのか、という感じがあるとは言っていた。しかし、それも少数で、2007年にミュンヘンで現場の声を聞いたら、「そんなこともない、ワンセットで当たり前になってきている」ということだった。導入当初は使いにくくなったこともあり、裁判もたくさんあった。

DPI 日本会議：2002年にドイツの若い自立生活センターのスタッフに似たような話を聞いた。日本では介護保険との関係で大騒ぎになっているが、ドイツではどうか？と聞いたら、州によって対応が違うが、我が州では聞いているから大丈夫と。しっかりと運動のあるところでは、介護保険以上は出さない、という行政の圧力はない。

介護保険は国の基準があつて、一定の額が出て、社会統合扶助の方は地域の市町村事業みたいになっている？

斎藤：そう。大規模市や郡（小規模市や町村の上の単位）に申請し、自治体が社会扶助を払う形になっている。市町村によって対応が違って、ミュンヘンのような大都市でキリスト教のカトリックが強いところだったりすると、気前よく出してくれる。もっと北の方の田舎、旧東ドイツとかに来ると、なかなか出してくれない。地域間格差はあると思う。

社会保障に関しては個人格差も大きい。地方分権の国なので、社会統合とか介護の定義についても同じ定義を使っているが、運用があいまいというか個別のニーズに対応するというふうに運用規定にも書かれているので、結果的に格差が生まれる。国民も格差があつてもおかしくないという感覚を持っている。

DPI 日本会議：介護保険と社会扶助の間にサービスに差はないのか？

斎藤：全然関係なく、本人のニーズに基づく。

DPI 日本会議：日本の感覚だと、保険に未加入なのに社会扶助で同様のサービスを受けることができるという話を聞くと、保険にあえて加入しなくなるモラルハザードが議論になりそうだ。「自分たちはこれだけ払って、これだけの水準なのに、払ってない人間が同じ水準のものを受けられるのはおかしい」というバッシングはない？

斎藤：民間介護保険に入っている人が、要介護者の中で11万人ぐらいいる。公的介護保険、民間介護保険の両方に未加入の人は社会扶助で救われるということになって

いる。民間保険を含め、医療保険の加入者が同時に介護保険の加入者とみなされるが、無保険の人は2007年の第1四半期で総人口の0.3%、つまり20数万人はおり、2009年からは、原則的に全員が医療保険に加入することが義務付けられた。

全く何の保険にも入っていない場合は、全額自己負担をするのが原則なので、必要になったら全部自分で払わないといけない。保険料を払っていなければ保険が下りないわけだから本人に不利が生じる。

DPI 日本会議：あくまで先にサービスがあって、それを自己負担で払ってくださいということか。そのときに保険があれば使い、年金や自己財源を使って、それでも足りなければ社会扶助を使うという感覚、という理解でいいか。

斎藤：ずっと払っていかなかった人は保険がないからどんどん自分の財産を使っていて、最後に社会扶助を受ける。

DPI 日本会議：社会扶助の中で介護の部分はどの程度を占めているのか。

斎藤：社会扶助の支出の中で、社会統合のための障害者の援助と、介護扶助を合わせると、総支出額の7割程度をしめている。州と自治体が協力して社会扶助を支出している。

<ディスカッション：ヘルパー・介護>

DPI 日本会議：日本では介護保険の対象となる障害者の場合、介護保険が優先される。介護保険を使うとヘルパー資格などの要件が異なる。障害者施策の方が使いやすい。介護保険は相当厳しく介護時間を積算している。介護保険を使って生活しようとする、改めてこの制度が入所施設の処遇をベースにして介助というものを考えていると思わざるを得ない。

斎藤：ドイツでも、先に紹介した自宅で生活する認知症の女性の介護者に「家で自立していてこの方は幸せですね」と話をしたら、「そうは思わない」という答えだった。世話をする人も短時間ちょっと行って、あとはほったらかしになってしまう。散歩に連れて行こうと思っても出来ない。

DPI 日本会議：日本の介護保険のようにヘルパーの不適切事例を細かく挙げているのか。

斎藤：向こうで問題になっているのは、犯罪に近い不正請求。法律で身体介護については決められているし、ヘルパーもそれ以上にはやらない。家事援助が贅沢とかいうつまらない議論はしていない。ヘルパーも冷たいから時間になったら帰ってしまう。日本のようにずるずるいってしまっていて、とかいうことはない。むしろもっと組織的な

不正請求や虐待が問題になる。

DPI 日本会議：介護職に資格要件はあるのか？

斎藤：入所施設の場合であれば、半分が資格を持っている専門職である必要がある。残りの半分はだれでもいいので、だいたいは移民系。ドイツ語もしゃべれない人たち。それも介護の質を下げていると問題になっている。

在宅もチームの中で社会福祉士みたいな人と介護福祉士みたいな人が半分いないといけないというルールがある。書類上の人数はそうになっている。シフトを作ると、全然分かっていない人ばかりを夜間に入れるとか、そういう問題もある。問題にはなっているが、介護の給付の水準自体が十分でないので、安い人を雇う。

DPI 日本会議：要介護認定の仕組みの部分、医師と看護師のカンファレンスで決まるという話があるが、日本のコンピューター判定とは違って、どういうイメージなのか。

斎藤：ソフトで判断するのではないが、フォーマットがあって、身体介護の部分は何分、とかいう形で看護師、介護士が見る。それを積算していく。却下が3割ぐらいあって、不服審査がいっぱいある。しかし、実際の認定の現場にも行ったが、昔ほどのトラブルはなくなっているという話。

要介護度は3段階で、言われているのはドイツの要介護1が日本の要介護3以上だという。しかし人さまざま。僕が見た人の中には日本でも要支援かと思われる人も要介護1を取っていた。

注＝現在、ドイツ政府は、要介護認定の抜本見直しに取り組んでいる。記事参照。

DPI 日本会議：介護保険で24時間をやるという前提はないのか。

斎藤：長時間の介護ニーズは社会扶助で見ることが前提。

<ディスカッション：雇用主モデル・現金給付>

DPI 日本会議：雇用主モデルも可という話だったが、この場合のイメージでは介護保険で区分3だと介護保険＋社会扶助でPAを雇って、両方のお金を元に介護者を雇うイメージか。

斎藤：そう。介護保険をもらって、その上で自治体に行って社会扶助を出してもらうという作業は非常に面倒だと言っていたが、自分で好きなように、結構高い費用でやっていると思う。

DPI 日本会議：この場合の「雇用主モデル」とは、ドイツ介護保険では現物給付よりも低い額で現金給付をされるという話があるが、その現金給付とは違うのか？

斎藤：雇用主モデルの場合、介護保険の給付は現金給付となっている。しかしその額は必要額から見ると全然足りない。現金給付の部分だけにフォーカスして議論する人もいるが、全体の費用からしたら微々たる額なので、全体的にはどちらでもいい。たとえば、5,000 ユーロぐらい必要で、うち、介護保険が 1,000 ユーロしかカバーしないとか。

そういう現金給付で雇用主モデルのようなこともできるから、介護保険に現金給付を入れろという意見も日本であったが、それは矮小化された議論のような気がする。

<ディスカッション：日本へのインプリケーション>

DPI 日本会議：今、ドイツと日本の介護保険、障害者施策をみたときに、日本の介護保険の問題点はどういうところにあると考えるか

斎藤：日本は、元々給付を抑制するように仕掛けを作っている。簡単に抑制できるように要介護認定のシステムを作って、その通りになっている。現場の方もおっしゃっているが、何のために介護保険をやっているか分からない。

DPI 日本会議：導入時には、介護保険は特別会計だから赤字になっても 3 年後には必ず回収できる仕組みだと言われていた。これは一般財源ではできないとも言っていた。

斎藤：ドイツは 10 数年間保険料・給付とも据え置きで、13 年目でようやく引き上げた。実体的には全然足りない保険で、高齢者が増える中でどうやっていくか疑問がある。収入に対して 1.95% の保険料（労使折半）という単純なシステムを採用しているが、グローバル化で企業間競争が厳しくなっているから、収入に連動したシステムを止めて人頭税のようなシステムを導入しようと、メルケル首相たち保守派が主張していて、議論になっている。この介護保険が介護保険という姿で将来もやっていけるかどうかは見通せない。介護保険に意味があったか疑問だし、将来的にも疑問は続く。

日本で、展望の無いまま介護保険を障害者に拡張してどうなるのか。行政が高齢者福祉から撤退した中、誰に文句を言っているか分からない。ケアマネもただ言われてやっている。責任主体が明確にならないのはひどい。

DPI 日本会議：ドイツでは行政不服審査が機能しており、医者の方針に対して地方によっては 2 割近くで不服請求を起こされているという話も以前に聞いた。

斎藤：いっぱいそういう例はある。社会扶助を取っている人も相当いる。日本の場合には措置を全廃したのでおかしくなった。

DPI 日本会議：日本の場合、厚労省は、その代わり介護保険財政の 2 分の 1 は公費を入れていると言う。

斎藤：なら、なおのこと行政は色々やらないといけなかったのではないかと思います。行政が手を引くような形で統合されたら、本当に障害者の方はやってられんということになってしまう。

ドイツでは、介護保険は、介護金庫という公的な全国組織が運営者になっている。これが縦系になっている。横系として、州政府・自治体が運営する社会扶助がある。行政責任が後退することがない。法律に人間の尊厳を守ると言うことが社会扶助に明記されているから、行政責任を果たさないと利用者から追及される。

この 13 年間ドイツで給付・保険料ともに上がらなかったのをみると、日本の介護保険が下敷きにした、高度成長期に保険料を上げて給付も上がったという医療保険の経験は、社会保険の中でも特殊な現象だったのだらうと思う。ドイツの場合も介護金庫に要望を持って行っても、政府の法律だからと逃げられる。中央政府に持って行っても、財源がないと言われる。そうすると大変というか、あまり社会保険は動かしにくいところである。

DPI 日本会議：ドイツの制度は、あまり高い評価を受けていないのか。

斎藤：先ほどあげた 90 歳のお婆さんのところに、1 日に 5 回ヘルパーが来てくれるという例もあった。もっと軽度で、介護保険給付の範囲で収まるのであれば、わざわざ社会扶助の申請をする手間もないので、利用者は良いとは思っている。

アンケート結果では、ドイツでは 5 割程度がよかったと評価している。しかし、問題が解決しているかという点、解決していない。重度になればなるほど、解決していない。

DPI 日本会議：日本の介護保険を巡る状況と比べ、非常に、国民が淡々とした受け止め方をしているという印象を持つ。理念的な話になるが、日本では生活保護は選別的であり普遍的制度ではない、保険になって初めてみんなが支え合う誰でも気兼ねなく利用できる普遍的な制度になる、という考えがある。このように社会扶助が駄目で、保険がよいという議論になりがち。ドイツはそういう議論はないのか。

斎藤：現実に、施設入所者の 4 人に 1 人は社会扶助に依存しているため、そんな議論をしてしまうと、生きていけなくなる人が出る。そういった議論にあまりフォーカスしていない。確かに生活保護を申請するのは嬉しいものではない。だが、日本と違って、現物給付ではなく全額自己負担を原則とする世界では、どっちでもいいじゃないか。社会扶助だから理念的に駄目という意識は薄い。

ややこしい事務は、施設の人や成年後見人がやる。ある施設長が言うには、本人にとっては介護保険が導入されても変化がないし、どっちでもいいという雰囲気とのことだった。

DPI 日本会議：家族介護のようなものは、どうなっているのか？

斎藤：結構数は多い。「要介護者」と認められた人が 225 万人程度いるが、うち家庭で介護されている人が 68.4% いる。結構やっているけれども、日本のように家族が丸抱えにして介護を引き受けているのは、僕の見ている限りではあまりない。子供は 10 代から出て行って、というのが普通の国なので、もともと親子関係が薄い。アンケート調査だと、6 割弱が同居の家族から、2 割強が別居の家族から介護を受けているというのが在宅介護の場合出ている。家族も、ちょこちょこ来て、ちょっと手伝って帰って行く。

DPI 日本会議：日本の場合、介護保険というと社会福祉基礎構造改革のエンジンとして出てきている。ドイツの場合は、社会扶助だけでは賄えなくなって保険があると助かるね、という位置づけ。なぜこうも位置づけが違うのか。

斎藤：ドイツでも導入時はこれで解決のような感じだったらしい。鳴り物入りで出てきたが、実際にやってみると何も変わらない。軽度の人たちはそんなに介護保険に対する期待値は高くない。本当に困っている人は困っているし、障害者も従来通り交渉していかないといけない。今は、そんなにすごい制度だとは思われていない。

DPI 日本会議：日本では保険の 2 分の 1 を公費でやっているが、もし入れなくて、税でやっている部分をそのままにして、部分保険にすれば違ったのか

斎藤：もう少し包括的な議論になったような気がする。少なくとも草むしりをしているからいかに、といった議論にはならなかった。ニーズとして草むしりをしないといけないという場合もあるだろうし。草むしりをしなかったら隣から苦情が出て生きていけないという場合もあるだろう。何か、定型的な身体介護の議論だけで終始していたのが変わったかも知れない。後の祭ではあるが。

DPI 日本会議：自立支援法の時の議論で、保険でやる場合は定率負担だけど、税だから、再分配の観点から定率負担はおかしいということを言う人が学者も含めてたくさんいた。

斎藤：社会保険だから自動的にこうなる、という議論をする人が日本に多いが、根拠はない。自分たちが作ってきたから、というだけ。社会保険の本来のドイツは定率負担をしていない。負担と給付の関係が明確とかいう議論もドイツにはない。これだけ税金でもやっているわけだから、むしろ企業に負担させるか、させないのかの議論の方が大きい。

社会保険の神髄という、本当は企業負担の部分だが、日本では自己負担とか定率負担とかそういう部分が多い。教科書的な話でいえば、日本の介護保険のように保険者を市町村に範囲を狭める方がおかしい。給付抑制の意図があったのだろうが、今後はどうするのだろうか。

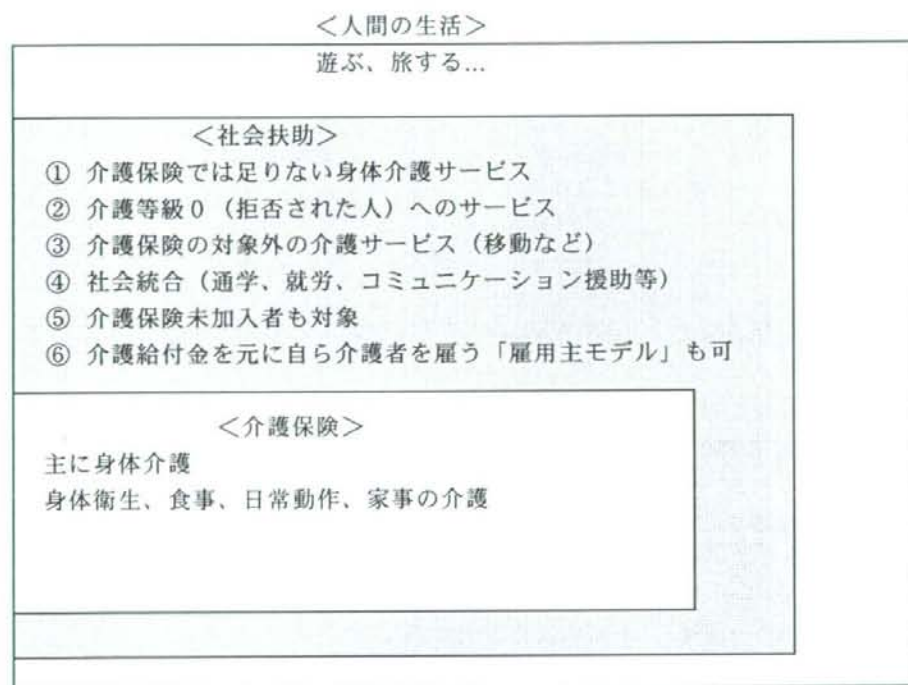
(了)

ドイツ介護保険の現状①

毎日新聞記者 斎藤義彦

1 (介護制度は二本立て)

- そもそも、老人も若者も、また、障害も問わず、ドイツの介護制度は介護保険だけでなく、「社会扶助」との二本立てになっている。
- そのカバー範囲や特徴は以下の通り。



- 社会扶助は日本の生活保護に相当。
- 社会扶助の目的
 - 1. 生計のための援助、
 - 2. 高齢や収入減少を補う
 - 3. 特別な状態への援助＝介護への援助と社会統合
- 市町村に申請。一定の財産（高齢者、障害者などで2,301ユーロ＝40万円、自宅、車など）を残して、介護費用に拠出。
- 介護保険の「横だし」「上乗せ」で表現するのは正確ではない。社会扶助の守備範囲はもっと広い。

- 財政規模からみても、二本立てに近い。

＜ドイツの介護関連の財政支出＞

介護保険（2006 年）	社会扶助（2006 年）	
	社会統合の援助	介護のための援助
180	118	31
（約 2 兆 9,900 億円）	（約 1 兆 9,975 億円）	（約 5,247 億円）

※ 独連邦政府の資料より作成。単位は億ユーロ。

※ 医療扶助は 2006 年で 9 億 6,400 万ユーロ（約 1,602 億円）。障害者で作業所などで就労している場合は、医療保険に加入。医療保険非加入者の医療費は医療保険者（疾病金庫）が立て替えた後、社会扶助運営者（市町村）に請求する。

- 2007 年で、施設入所者の 25%、在宅で 5%がなお、社会扶助に依存している。（2008 年連邦政府発表）

＜受給者数＞

介護保険	社会扶助	
	社会統合の援助	介護のための援助
206	63.8	36

※ 連邦統計局資料などより作成。介護保険は 2007 年、社会扶助は 2006 年。

2（ドイツの介護サービスは自己負担）

- ドイツの介護サービスは全額自己負担する。

＜介護ホームの費用負担モデル 二人部屋、男性＞

	月介護費	年金平均	介護保険	負担限界	不足
要介護 1	2,414.13	1,076	1,023	2,099	315.13
要介護 2	2,724.42	1,076	1,279	2,355	369.42
要介護 3	3,183.76	1,076	1,432	2,508	675.76

＜介護ホームの費用負担モデル 二人部屋、女性＞

	月介護費	年金平均	介護保険	負担限界	不足
要介護 1	2,414.13	473	1,023	1,496	918.13
要介護 2	2,724.42	473	1,279	1,752	972.42
要介護 3	3,183.76	473	1,432	1,905	1,278.76

＜介護ホーム（精神障害、認知症向け） 個室、女性＞

	月介護費	年金平均	介護保険	負担限界	不足
要介護 1	2,863.13	473	1,023	1,496	1,367.13
要介護 2	3,301.18	473	1,279	1,752	1,549.18
要介護 3	3,839.61	473	1,432	1,905	1,934.61

- 介護保険は、費用全体の 3-8 割程度しかカバーしない。
- 介護保険は「部分保険」でしかない。
- 不足は自己負担、家族の援助でまかない、限界が来ると社会扶助に申請。

3（実例）

- ミュンヘンで 1 人暮らしの女性（90 歳）。家族介護は全くなし。
- 1 日 5 回訪問介護。

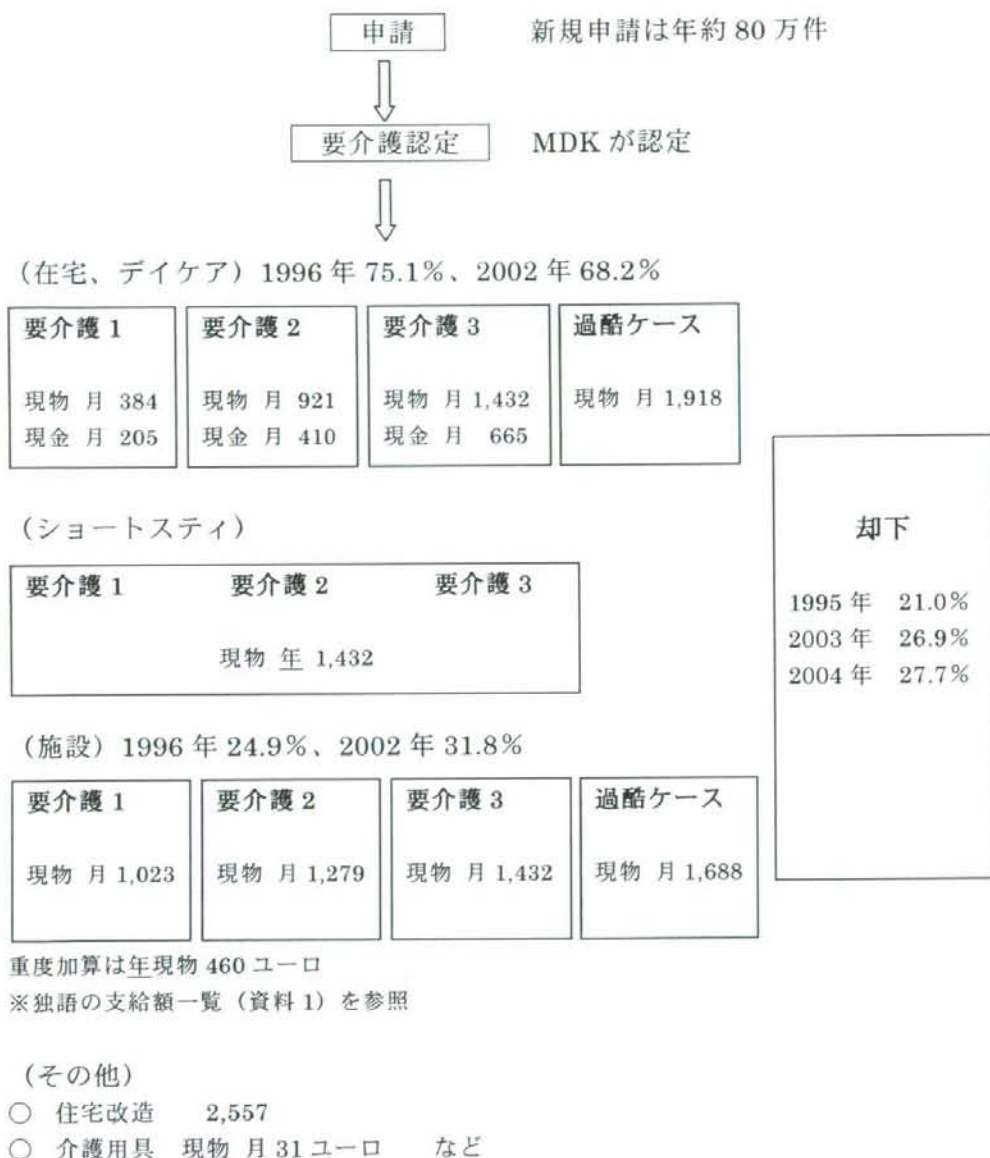
総費用	2,354.52
介護保険	1432
社会扶助	922.52

- 社会扶助が 4 割分を負担。
- 成年後見人は「彼女が自宅で死ぬ意思を尊重したい」。

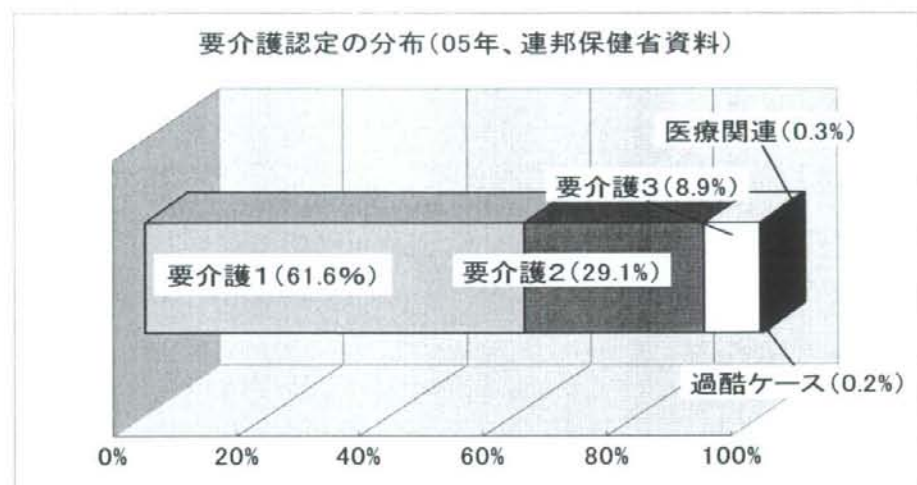


ドイツ介護保険の現状②

1 (介護保険制度の基本システム)



2 (要介護データ) 2005 年



※在宅、施設別の受給者数の年次推移は資料2を参照

- 要介護者(障害者含む) 207 万人 (1996年 156万人)
 - 在宅 139 万人
 - ※民間介護保険の受給者 8万 1,000人含む
 - 施設 68 万人
 - ※民間介護保険の受給者 3万 8,000人含む

- 人口(2004年) 総計 8,250 万人
 - 65歳以上 1,536 万人 (18.6%)

- 人口(2050年) 60歳以上が総人口の 36.7%に (2001年で 24.1%)

3 (介護保険の実際)

＜ある介護ホームのコスト＞2006 年

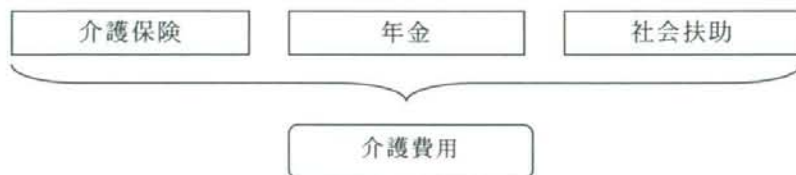
	個室の場合			2 人部屋		
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 1	要介護 2	要介護 3
介護費用	1512.79	1923.46	2501.44	1512.79	1923.46	2501.44
宿泊・食事代	644.9	644.9	644.9	644.9	644.9	644.9
投資経費	405.5	405.5	405.5	349.83	349.83	349.83
合計	2563.19	2973.86	3551.84	2507.52	2918.19	3496.17
介護保険	1023	1279	1432	1023	1279	1432
差額	▽	▽	▽	▽	▽	▽
	1540.19	1694.86	2119.84	1484.52	1639.19	2064.17

＜全国平均 2003 年＞

	要介護 1	要介護 2	要介護 3
介護費用	1247.22	1673.1	2098.98
宿泊・食事代	577.98	577.98	577.98
合計	1825.2	2251.08	2676.96

○ 一般的なモデル年金額 旧西独 月 1,069 旧東独 月 942

○ 介護保険は「部分保険」。社会扶助との二重構造



○ 施設での受給者の 25%、在宅受給者の 6%が社会扶助を受ける。

○ ホームの介護費用は 1995 年から 12%増加。

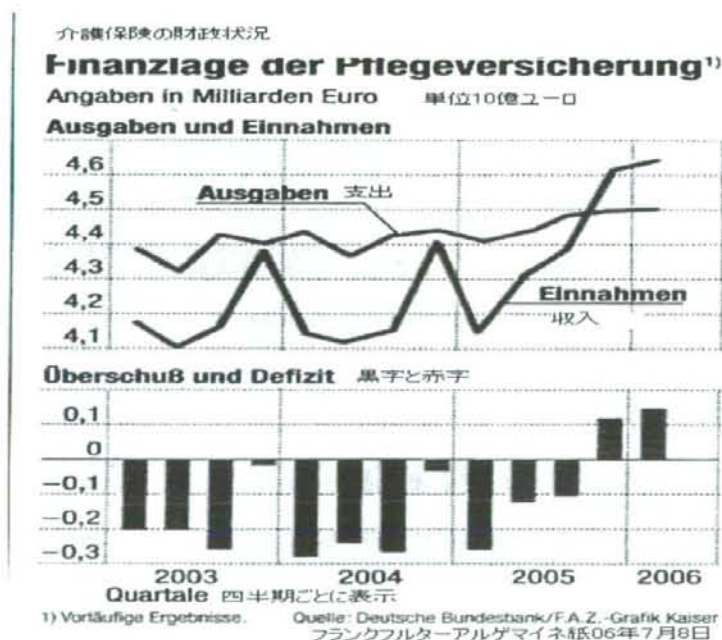
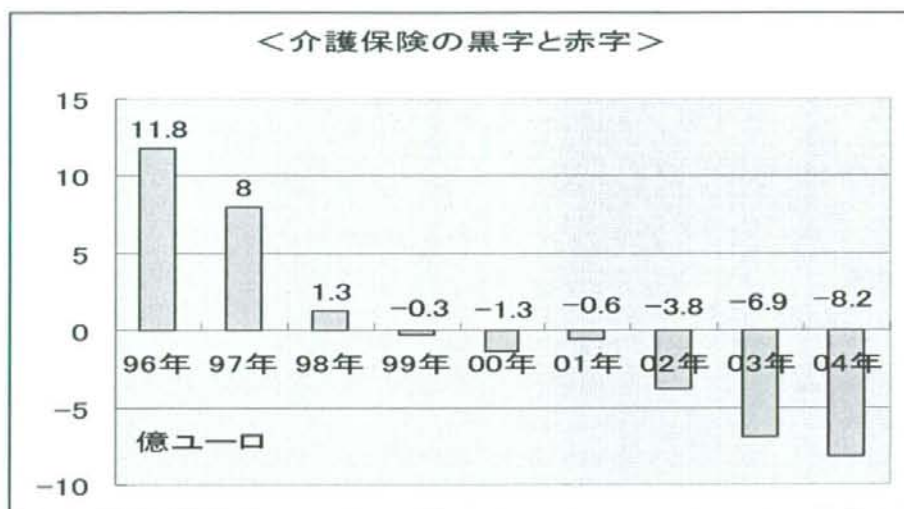
4 (財政悪化と改革)

【収入】収入の1.7%を労使折半。1996年から不変。不況で伸びず。

【支出】受給者増で支出増加

(赤字体質)

○ 1999年に赤字に転落。2004年に8.2億ユーロの記録的な赤字。



5（改革）

- 2005 年から子供のない被保険者は通常の保険料とは別に収入の 0.25%を追加で負担。
- 収支は改善したが抜本的な解決にはならず。
- 2008 年に介護保険料の引き上げを実施。 2008 年 1 月より 1.7%から 1.95%（労使折半）に引き上げ。
- 給付を在宅介護で 19・8%、施設で 8%程度まで引き上げ。
- 失業保険を 4.2%から 3.9%に引き下げるとのパートナー。

		従来	2008	2010	2012
在宅介護	要介護 1	384	420	440	450
	要介護 2	921	980	1040	1100
	要介護 3	1432	1470	1510	1550
施設介護	要介護 1	1023	不変	不変	不変
	要介護 2	1279	不変	不変	不変
	要介護 3	1432	1470	1510	1550

ドイツ介護保険制度の概念図

数字は在宅介護サービスの支給額は



“先驅者”改革を模索

ドイツの介護保険制度

 地震、労災、年金、失業に次ぎ導入された社会保険制度。公的団体が勤労者や企業から保険料を集め、申請者がいくらかまで介護サービスを利用できるか3段階で判断(要介護認定)。申請者はヘルパー派遣など在宅介護介護手当て施設入所などを制度額まで選べる。対象は若者と障害者を含む。

日本の介護保険制度

ドイツの制度を参考に00年に導入。市町村が制度を運営する。40歳以上が有給料を支え、原則85歳以上が介護サービスを受けられる。若年障害者は対象外。ドイツと同様、在宅介護サービスの給付額が十分でなく、家族の介護には自立できないとの指摘や、介護報酬が低くヘルパーが低賃金労働を強いられる問題が指摘された。また認知症のケア介護認定が十分ととの議論がある。介護保険は過去2回マイナス改定だったが、09年度は3年連続引き上げられる。

「三原のヘルパー派遣先として、人
事として入社されたロッセさん」07年3月



介護と認定されない例 給付額を増額。そのこ

●抜本見直し
できないが、要介護と認められなかった。このため入所費用は自治体の介護扶助が負担する。担当者は「生活の見守りが必要な精神障

独政府は昨年、介護制度の改革に着手した。介護保険の財政赤字続きな点も考慮し、収入に対する保料率を1・7％（男性）

日本の「モデル」

● 認定技術士

田)。介護保険では要介護度の要介護3だが、支

介護保険の給付額は、月額約4000円。特別に自己負担し、結果的に目立ってない状況が問題になっていく。控除部分もミンヘン（市）のリゼロッテでは(8)は、車いす生活が認知症もあり、一日一回のヘルパー派遣で人間的な暮らし。費用は月約2万5千4百円（約28万円）。

船橋は「4000円は、1ヶ月程度、年金はほとんどなく、残りは自己負担できない」。ドイツの自治体には、介護保険を完全な形でめ、介護せられ費用を負担する介護扶助制度がある。リゼロッテのついで、リゼロッテさくらミユニオンへ市内に

独保健省政務次官

カスパース・メルク氏



給付改善へ保険料上げ

今月、東京内で開かれ、連に追加したカス・リース。介護サービスは増えず

介護保険制度を導く「二日連続」
3万9千800人
ンボウ会
「母屋」に聞いた
介護保険の給付額を縮小
下げる代わりには介護保険料
を上げ、保険料全額が支払
い可能になるよう配慮し
たと主 大々くなられた改革した「金融機構でもお金の定

要介護認定の改革を行うのは、介護が必要な人が社会参加するのを支援するためだ。認知症の介護ニーズも把握できるようにした。コストがかかる可能性もあり、他の社会保障料の引き下げも議論しないといけない。私は実現可能だと思ってる。

12年まで給付額を07年比で8〜10%引き上げ、15年から3年ごとに見直す。認知症の人は、月々の介護サービスと別に、年24000円(約28万円)まで介護サービスが使える。

また、11年から介護サービスを提供する全